

Les torsions du Testicule chez l'enfant

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le 23 Mai 1936

POUR OBTENIR LE TITRE DE

Docteur de l'Université de Nancy
Mention « Médecine »

PAR

M. Icchok MALKIN

Né à Volozyn (Pologne), le 25 Décembre 1908

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

{	MM. ANDRÉ, professeur	<i>Président.</i>
	FRÉLICH, professeur .	{ <i>Juges.</i>
	BINET, agrégé	
	BODART, agrégé	

Le candidat répondra aux questions qui lui seront posées sur les diverses parties de l'enseignement médical.

IMPRIMERIE ALSACIENNE
CHAMPIGNEULLES

1936

Les torsions du Testicule chez l'enfant

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le 23 Mai 1936

POUR OBTENIR LE TITRE DE

Docteur de l'Université de Nancy
Mention « Médecine »

PAR

M. Icchok MALKIN

Né à Volozyn (Pologne), le 25 Décembre 1908

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

{	MM. ANDRÉ, professeur....	<i>Président.</i>
	FRÉLICH, professeur.	{ <i>Juges.</i>
	BINET, agrégé.....	
	BODART, agrégé	

Le candidat répondra aux questions qui lui seront posées sur les diverses parties de l'enseignement médical.

IMPRIMERIE ALSACIENNE
CHAMPIGNEULLES

1936

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

Doyen : M. L. SPILLMANN, O  I .

Professeurs honoraires : MM. NICOLAS,  I ; WEISS, O  I .

BOUIN, O  I ; ANCEL,  I ; GARNIER,  I .

MACÉ,  I ; P. PARISOT, O  I ; DUFOUR,  I ; G. THIRY,  I .

Professeurs :

Anatomie pathologique	M. L. HOCHÉ, O  I  .
Clinique des malad. syphilit. et cutanées	M. L. SPILLMANN, O  I  .
Cliniq. de chir. infantile et d'orthopédie	M. FRÉLICH,  I  .
Physiologie	M. M. LAMBERT,  I  .
Clinique obstétricale et Accouchements	M. A. FRUHINSHOLZ, O  I  .
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	M. P. JACQUES,  I  .
Clinique de chirurgie urinaire	M. P. ANDRÉ,  I  .
Histologie	M. R. COLLIN,  I  .
Anatomie descriptive	M. M. LUCIEN,  I  .
Clinique chirurgicale	M. G. MICHEL,  I  .
Clinique médicale	M. L. RICHON,  I  .
Chimie médicale	M. H. ROBERT,  I  .
Clinique médicale	M. M. PERRIN,  I  .
Hyg. ène et médecine préventive	M. J. PARISOT, C  I  .
Clinique chirurgicale	M. HAMANT,  I  .
Clinique ophtalmologique	M. P. JEANDELLE,  I  .
Hydrologie	M. SANTENOISE,  I  .
Clinique des maladies des enfants	M. L. CAUSSADE,  I  .
Bactériologie et parasitologie médicale	M. DE LAVERGNE,  I  .
Thérapeutique	N.
Professeurs sans chaire	{ M. L. JOB,  I  .
	{ M. WATRIN,  I  .

Chargés de cours complémentaires :

Clinique des maladies tuberculeuses ..	{ M. ABEL,  I  agrégé.
Pathologie générale	{ M. P. SIMONIN A  agrégé.
Clinique gynécologique	M. A. BINET,  I  agrégé libre
Pathologie externe	M. GUILLEMIN, A  agrégé.
Clinique des maladies contagieuses	M. DE LAVERGNE,  I  professeur.
Propédeutique dermatologique	M. WATRIN,  I  prof. sans chaire.
Médecine opératoire	M. M. BARTHÉLEMY,  I  agr. libre.
Electrothérapie et radiologie	M. G. LAMY,  I  ch. du c. ag. lib.
Accouchements (cours théorique)	M. JOB,  I  prof. sans chaire.
Obstétrique	M. VERMELIN,  A  agrégé.
Clinique propédeutique médicale	M. DROUET, A  agrégé.
Anatomie et Médecine légale	M. MUTEL,  I  agrégé.
Pathologie interne	M. ABEL,  I  agrégé.
Clinique des maladies mentales	M. HAMÉL,  docteur.
Éducation physique (1)	M. L. MERKLEN, A  agrégé.
Physiologie du travail	M. L. MERKLEN, A  agrégé.
Clinique neurologique (1)	M. MICHON, docteur.
Propédeutique O.-R.-L. (1)	M. AUBRIOT, docteur.
Parasitologie	M. DOMBRAY, docteur.

Agrégés en exercice :

MM. MERKLEN, A  .	MM. POURSINES	MM GUILLEMIN, A  .
FLORENTIN.	MELNOTTE, O  .	ABEL,  A  .
BODART.	MUTEL,  I  .	DROUET, A  .
CHALNOT.	VERMELIN,  A  .	SIMONIN, A  .
WOLFF, A  .		

Agrégés libres :

MM. G. GROSS,  I ; S. RÉMY, I ; BUSQUET, I .

BINET,  I ; BARTHÉLEMY,  I ; LAMY,  I .

M. E. TRIBOLET, I  Secrétaire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les obinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.



A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

M. le Professeur ANDRE,
Professeur de Clinique de Chirurgie urinaire
Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait le grand honneur
de présider cette thèse. Il nous a ins-
piré le sujet et nous a dirigé dans son
élaboration.

Nous le prions de trouver ici le té-
moignage de notre vive reconnais-
sance.

A MES JUGES

M. le Professeur FRÉLICH,
Professeur de Clinique Chirurgicale Infantile et d'Orthopédie.
Chevalier de la Légion d'Honneur

M. le Professeur Agrégé BINET,
Professeur Agrégé de Clinique Gynécologique
Chevalier de la Légion d'Honneur

M. le Professeur Agrégé BODART.

A MES PARENTS

*Témoignage de mon affection
filiale.*

A MON FRERE AINE OCHER.

Témoignage de ma reconnaissance.

A MON FRERE ET MES SŒURS.

A HENRIETTE.

Meis et Amicis.

INTRODUCTION

Pendant longtemps les orchites aiguës et subaiguës, survenant brusquement, en pleine santé, en dehors de toute manifestation urinaire, en dehors des maladies infectieuses générales (oreillons, variole, scarlatine, etc.), en dehors de toute tuberculose en évolution, ne pouvaient pas être expliquées. Aussi, parmi les affections testiculaires ce sont elles qui ont fourni les occasions les plus fréquentes d'erreurs de diagnostics.

Depuis ces dernières années, grâce aux travaux d'Ombredanne et de Mouchet, ce chapitre de pathologie chirurgicale infantile a été éclairé d'une lumière nouvelle.

On sait aujourd'hui que malgré l'aspect inflammatoire des phénomènes, ces orchites aiguës dénommées à tort « primitives », dépendent d'une cause mécanique. La torsion du testicule ou de son annexe.

La torsion du testicule est un accident très intéressant par son mécanisme et fort important par ses conséquences pour l'avenir de la glande.

En ce qui concerne le plan de notre travail, inspiré par notre Maître le Professeur ANDRÉ à la suite d'une intéressante observation à la clinique des voies urinaires, nous nous proposons, après un court historique, de dégager la

question de l'étiologie et de la pathogénie. Nous nous efforcerons de faire ensuite une description de l'anatomie et physiologie pathologique et de la symptomatologie. Nous dirons quelques mots sur l'évolution et le pronostic pour aborder enfin la question du diagnostic et du traitement, en illustrant les données théoriques par quelques observations.

HISTORIQUE

L'étude de la torsion du testicule a une histoire vieille d'un siècle. C'est, en effet, en 1840 que DELASIAUVE publie la première observation dans la *Revue Médicale Française et Etrangère*.

En 1852, FOLLIN attire l'attention sur l'atrophie du testicule consécutive à la torsion. En 1884, NICOLODANI, en Allemagne, publie les premiers mémoire complets, et dans la même époque, SCARENZIO, de Pavie, nous donne un nouveau cas bien étudié au point de vue du mécanisme de la torsion.

En 1894, LAUENSTEIN réunit 11 cas, et JOHNSON en découvre 14. Ensuite viennent les travaux de MAUCLAIRE (1884), POELEN (1895), les faits de LEGUEU, de MACAIGNE et VANVERTS. Depuis cette époque les observations et les exposés se sont multipliés dans tous les pays.

En 1904, parut la monographie de LAPOINTE, qui par ses 36 cas bien étudiés, éclaire l'anatomie et la physiologie pathologique. L'article du Prof. SEBILEAU, dans le traité de chirurgie de le Dentu Delbet (1916), résume bien l'état de la question.

En 1913, OMBREDANNE apporte à la Société Nationale de Chirurgie et publie ensuite sept observations d'orchite

aiguë de l'enfance. « En mars 1911, je vis une de ces orchites aiguës aboutir à la formation d'un abcès. J'opérai, et après avoir évacué le pus, je constatai, en regardant de près la lésion, l'existence d'une torsion du cordon spermatique. » OMBREDANNE montre alors que l'orchite aiguë chez l'enfant est due à une torsion du testicule.

Dès lors tous les enfants atteints d'orchites aiguës furent opérés systématiquement d'urgence dans le service du Pr. OMBREDANNE, et en 1913, il a trouvé cinq torsion du testicule sur sept interventions pour les accidents aigus testiculaires.

Enfin, en 1923, Albert MOUCHET a isolé à côté de cette forme, un type subaigu dû à la torsion de l'hydatide de MORGANI

Il a ainsi montré qu'à côté de la torsion du cordon spermatique, existent aussi des torsions de l'hydatide sessile de Morgani qui ont une part importante dans la production de ces orchites.

Grâce aux nombreuses observations et exposés d'ensemble qui se sont multipliés en France et à l'étranger, le syndrome d'orchite aiguë et subaiguë chez l'enfant, est aujourd'hui bien identifié quant à sa pathogénie.

ETIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Quelles sont les causes qui provoquent l'orchite de l'enfance ? A. GRAEME MITCHELL et NORMAN I. OUENN (*Arch. of Ped.*, nov. 1915). ont rapporté un cas d'orché-épididymite gonococcique chez l'enfant de 4 mois et demi. REINHARD, 1914, a vu un nouveau-né contracter la gonnorrhée au passage.

Partant de ces deux faits on peut incriminer la *Blennorragie*.

L'orchite est en quelque sorte une complication, peu fréquente d'ailleurs, des *maladies infectieuses*, telles que les oreillons, la scarlatine, l'érysipèle.

Ces orchites de l'enfance furent considérées comme de nature *tuberculeuse* ; et ce sont HUTINEL et DESCHAMPS qui ont consacré des travaux éminents à la tuberculose génitale. Auguste BROCA, en désespoir de cause, se ralliait à cette conception : il s'excuse même d'incriminer la tuberculose, en disant : « Si je crois à la tuberculose, c'est que cela ne peut être autre chose. »

Les anciens auteurs et surtout GOSSELIN (1876) avaient attribué une grande part à la *masturbation*.

Les *traumatismes*, à leur tour, furent invoqués pour expliquer ces orchites. C'est OMBREDANNE et MOUCHET qui ont

montré que ces orchites, aiguë et subaiguë, survenant sans raison manifeste, en dehors de toute maladie générale, sans infection uréthrale, étaient dues à une cause purement mécanique : *La torsion du cordon spermatique ou celle de l'hydatide de Morgani.*

Quelles sont alors les raisons qui provoquent cette torsion du cordon spermatique ou celle de l'hydatide de Morgani ?

Quant aux causes occasionnelles de la torsion de l'hydatide de Morgani, MOUCHET lui-même s'exprime en ces termes : « En ce qui concerne l'étiologie de ces torsions de l'hydatide de Morgani, j'avoue rester dans l'ignorance complète. »

En ce qui concerne la pathogénie de la torsion du testicule chez un nourrisson, elle nous échappe à peu près entièrement. Au moins pouvons-nous, avec BONNET retenir des causes qui paraissent prédisposantes ou favorisantes.

Dans la torsion funiculaire du nourrisson, nous nous demandons s'il ne faut pas penser que la migration du testicule puisse être quelquefois en cause. Nous ne voulons pas parler de la torsion du testicule en ectopie définitive, bien connue et interprétée. Mais nous pensons que chez le nourrisson, la phase pendant laquelle le testicule achève sa descente (qui s'étend souvent sur les premiers mois de la vie) n'est pas prédisposante. Soit que le passage de l'organe à travers le trajet inguinal, au moment où il l'effectue, lui impose un mouvement spiroïde qui amorcerait la torsion ; soit que cette ectopie « oscillante », si souvent observée chez le petit enfant, puisse être mise en cause par le même mécanisme que précédemment, d'autant plus

actif qu'il se reproduit chaque fois que le testicule attiré par le crémaster dans la région inguinale, redescend vers le scrotum. Ceci n'est qu'une hypothèse.

En général, il existe plusieurs théories qui s'efforcent d'expliquer l'ectopie et la pathogénie de la torsion du testicule. Autrefois, on attribuait à l'ectopie testiculaire une part très importante et on ne connaissait de torsion que celle du testicule ectopique.

Depuis les travaux récents, et en particulier les études de torsion chez l'enfant, l'importance de l'ectopie testiculaire a beaucoup diminué.

Aujourd'hui, on doit admettre avec SÉBILLEAU et DESCOMPS, deux éléments dans l'étiologie de cette torsion :

1° *Une cause anatomique prédisposante qui le rend possible ;*

2° *Une cause déterminante qui le provoque.*

1° DISPOSITION ANATOMIQUE PRÉDISPOSANTE

On a incriminé la forme discoïde du testicule, l'aplatissement et la brièveté du cordon spermatique. On attribua un grand rôle parfois à la bifidité du cordon, caractérisée par un isolement inaccoutumé entre les vaisseaux spermatiques d'une part, et le canal déférent d'autre part, disposition qui résulte de l'inversion horizontale ou verticale du testicule. Ce qui semble très important, c'est la pédiculisation avec mobilité anormale du testicule ou de l'hydatide. La variabilité de la forme de l'hydatide favorise cette disposition : « C'est ainsi que l'hydatide dite sessile, semble, quand elle est très allongée, s'implanter sur le testicule, par un pédicule plus ou moins aminci. » (TOURNEUX et HERMANN).

2° LES CAUSES DÉTERMINANTES QUI LES PROVOQUENT

Citons l'effort abdominal sous ses formes diverses, la marche, le saut, la masturbation (GOSSELIN), un mouvement brusque des cuisses ou bien un traumatisme direct. « Mais quelle est la maladie de l'enfance où l'on n'invoque pas un traumatisme ». (MOUCHET). Il faut donc bien noter que chez l'enfant, chez le nourrisson surtout, il est bien difficile d'envisager l'une quelconque de ces causes.

Enfin, les accidents de torsion siègent avec une égale fréquence à droite et à gauche.

L'âge du sujet atteint varie pour la torsion du cordon spermatique. C'est principalement une affection de la deuxième enfance, mais elle peut se voir aussi en bas âge et chez le nourrisson, comme il ressort des observations que nous apportons.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

Au point de vue anatomo-pathologique, on distingue deux types de torsions.

1° TORSION INTRA-VAGINALE OU BASSE dans laquelle le cordon est tordu dans l'intérieur de la cavité vaginale, la séreuse ne participant pas à cette rotation. On appelle aussi cette variation *volvulus*, dénomination plus exacte d'ailleurs, car c'est le cordon qui est tordu et le testicule qui tourne autour de son axe.

2° TORSION EXTRA-VAGINALE OU HAUTE, où le cordon spermatique est tordu au-dessus de la cavité vaginale, c'est le *bistournage*. Dans ce cas, toute la vaginale participe à la torsion. Elle tourne aussi avec le testicule qu'elle revêt, le clivage qui permet ce déplacement se faisant entre la séreuse et les autres enveloppes scrotales du testicule. On considère que le bistournage est beaucoup moins fréquent que le *volvulus*.

Quelle que soit la hauteur de la torsion funiculaire, le testicule est augmenté de volume. La consistance de la glande génitale est tantôt renitante, fluctuante, tantôt au contraire ferme et dure. L'aspect du testicule est rouge foncé, gris, bleu ou ardoisé, dû à des lésions d'infiltration

sanguine interstitielle ou à des foyers apoplectiques d'infarctus hémorragiques. Au microscope, on constate que les tubes séminifères sont dégénérés, refoulés par le sang extravasé, privés de leurs épithéliums.

D'une façon générale, on peut dire que tous les degrés de l'infarctissement peuvent se voir, depuis la simple congestion jusqu'à la transformation en caillots enkystés et quelquefois suppurés.

L'épididyme prend une teinte rouge violacée, sa surface est parcourue de fines arborisations vasculaires ; elle est tuméfiée et œdématiée.

Le cordon, au-dessus de la torsion, est turgescent, gros comme un crayon, de coloration bleuâtre violacée. Il est parfois seulement gorgé de sang avec dilatation énorme de ses vaisseaux veineux, mais sans modification de ses artères. D'autres fois, il est entièrement thrombosé, depuis son arrivée au testicule jusqu'au point de torsion.

Le degré de la torsion varie d'un demi-tour de spire jusqu'à trois tours. Le plus souvent, on trouve un ou deux tours. *Le sens* de la rotation est le plus souvent celui des aiguilles d'une montre.

La torsion de l'*hydatide*, malgré la petitesse de cet organe, a un retentissement important sur le testicule et sur l'épididyme. A l'ouverture de la vaginale au cours d'une torsion, c'est l'hydatide qui apparaît sous la forme d'un gros pois noir. (Albert MOUCHET). Elle est souvent rouge-vineux, avec parfois des points noirs. A la coupe, on voit soit un ou plusieurs foyers apoplectiques de même coloration que la surface, soit une infiltration sanguine totale de l'hydatide.

Les examens microscopiques montrent des lésions d'infarctus, des suffusions sanguines.

Les bourses sont rosées ou franchement rouges. Leur paroi est épaissie, infiltrée d'un œdème gélatiniforme, tuméfiée et parfois adhérente aux plans profonds.

La vaginale renferme presque toujours un épanchement d'une sérosité louche ou d'un liquide séreux ou sero-sanguinolent.

La torsion du testicule n'interrompt pas le cours du sang artériel, mais forme une stase veineuse, qui provoque fatalement la congestion hémorragique, l'infiltration interstitielle diffuse du parenchyme testiculaire, l'infarctus hémorragique, d'où nécrobiose glandulaire suivie bientôt d'atrophie plus ou moins marquée.

C'est la *durée* et le *degré* de la torsion qui joue le grand rôle dans la vitalité du testicule. Si la suppression du sang est de courte durée, le testicule récupère sa vitalité, conserve son volume et ne garde que quelques petites traces des infarctus. Si on n'intervient que tardivement, la détorsion peut néanmoins se faire spontanément, mais assez tard, le testicule subit une atrophie plus ou moins marquée. Si, enfin, la rotation funiculaire ne se corrige pas, le testicule privé de sang, meurt. Et alors, la destruction du testicule peut se faire de deux façons différentes.

1) Ou bien, il n'y a pas de contact avec des agents septiques, il subit alors la nécrobiose aseptique. Il se forme une simple dégénérescence granulo-graisseuse ;

2) Ou bien le testicule est en contact avec les agents microbiens, il se produit donc une infection. Le testicule subit la nécrobiose septique, il y a sphacèle avec suppuration et élimination grangréneuse des tubes seminifères.

D'une façon générale, qu'il y ait infection secondaire ou non, le testicule, dont le pédicule vasculaire est fonctionnellement supprimé par la torsion, est voué à la disparition.

En ce qui concerne le degré de torsion, il est un fait qu'en cas de torsion serrée, c'est l'arrêt brusque de la circulation, réalisant la nécrobiose blanche, anémique. En cas d'enroulement funiculaire lâche, il y a seulement interruption du cours du sang dans les veines spermatiques qui sont aplaties avec perméabilité totale ou partielle des artères, en raison de la rigidité de leurs parois, réalisant la nécrobiose hémorragique.

SYMPTOMATOLOGIE

Le signe qui attire l'attention, c'est le début brusque, soudain, inattendu, accompagné de douleur violente, pongitive, souvent syncopale. Elle se localise très nettement dans la région inguino-scrotale et s'irradie habituellement vers les reins, vers l'abdomen, vers la hanche en tiraillements pénibles. Un enfant, bien portant, ressent brusquement une douleur vive dans la région inguino-scrotale. Cette douleur s'est produite en faisant un effort, en jouant ou bien pendant le sommeil, ou au réveil. Elle semble absolument spontanée, sans qu'on puisse invoquer dans sa production la fatigue ou le traumatisme. Dans le cas de torsion de l'hydatide, la douleur est aussi plus ou moins intense, mais n'atteint pas la violence qu'on observe dans les torsions du cordon spermatique. L'enfant n'interrompt pas ses jeux ou son travail, mais bientôt il a des tiraillements dans la région inguino-scrotale, les frottements, déterminés par la marche, le font souffrir à chaque pas.

A l'examen local, on constate d'abord que l'hemiscrotum est augmenté de volume en masse, depuis la région inguinale jusqu'au plan médian qui peut être dépassé ; il est rougeâtre et revêt un aspect inflammatoire. La bourse est œdématisée et les téguments sont parfois adhérents aux plans sous-jacents.

MOUCHET signale, en outre, que le pôle inférieur de la masse, tout en occupant le fond de l'hémiscrotum paraît un peu plus élevé que du côté opposé ; ce signe est très intéressant, parce qu'il signifie le raccourcissement du cordon tordu.

La palpation en est très douloureuse, et tant à cause de ce fait que de l'œdème inflammatoire, il est difficile de palper de façon précise la glande génitale, mais cependant on se rend compte que le testicule est augmenté de volume, gros comme une noix ou un œuf de pigeon. L'épididymite, d'un volume doublé, est perceptible dans quelques cas : presque toujours on peut alors localiser, en un point précis, une douleur plus vive. Mais assez souvent, il est impossible de distinguer l'épididyme du testicule à cause de l'épanchement vaginal constant et de l'infiltration des tissus. Le cordon dans son trajet funiculaire et inguinal est douloureux et augmenté de volume.

Les signes généraux de la torsion du testicule sont plus ou moins marqués. Chez le nourrisson, au contraire, ils peuvent prendre une certaine intensité. Chez l'enfant, c'est surtout l'élévation de la température qui atteint 38°, 38°5. Parfois cependant la tuméfaction douloureuse de l'appareil épididymo-testiculaire s'accompagne d'une réaction du système nerveux abdominal ; le facies devient pâle, terreux, les yeux excavés expriment l'angoisse et la souffrance, le pouls est petit et fréquent, il y a des nausées, des vomissements, le ventre se ballonne ou se rétracte. On peut donc penser à une véritable péritonite. Dans le cas de la torsion de l'hydatide, nous ne retrouvons pas de phénomènes généraux importants.

Nous ne croyons pas qu'il existe des signes différentiels

de certitude entre la torsion du cordon et celle de l'hydatide. Les tableaux symptomatiques de ces deux affections se ressemblent beaucoup. Du moins existe-t-il quelques signes particuliers de présomption qui plaident en faveur de la torsion de l'hydatide plutôt que de celle du testicule. Ce sont : l'allure subaiguë des accidents. Le début est moins bruyant, la douleur n'a pas la violence qu'on observe dans la torsion du testicule. Les signes d'inflammation aiguë sont atténuée. Le cordon est peu ou pas douloureux. La tête de l'épididyme est augmentée de volume. A son niveau, sur le pôle supérieur de la glande génitale, lieu d'implantation de l'hydatide, on apprécie un point douloureux et on observe le maximum de douleur à la pression, alors qu'on peut palper le pôle inférieur du testicule sans provoquer une douleur quelconque.

A côté de ces deux formes, aiguë et subaiguë, de la torsion du testicule, il existe encore une forme récidivante ou forme à répétition, dont les observations sont relativement fréquentes. Il s'agit de torsion du cordon spermatique, dans laquelle les accidents se produisent par poussées successives, espacées de plusieurs mois ou même de plusieurs années. Et finalement il convient de signaler l'existence des formes frustes de torsion de l'hydatide, dont la symptomatologie est réduite au minimum.

EVOLUTION ET PRONOSTIC

Il y a trois cas à considérer :

Premier cas. — La torsion est serrée et complète. Le testicule présente un vaste foyer d'infarctus. Il se forme une véritable gangrène de l'organe, dont la vitalité est compromise après 24 heures. Dans ce cas, il peut y avoir deux éventualités : *a)* Ou bien la gangrène reste aseptique ; *b)* ou elle devient septique. Dans le cas où la gangrène reste aseptique, on peut voir la rougeur et la tuméfaction persister pendant un temps assez long. Généralement, c'est 15 jours ou trois semaines après le début de l'affection que les phénomènes inflammatoires locaux s'atténuent. Le scrotum s'assouplit, sa coloration redevient normale, la tuméfaction ainsi que la douleur disparaissent. Tout a donc l'apparence d'être rentré dans l'ordre. Mais dans le mois suivant, si on fait un examen, on constate que le testicule est réduit à un petit noyau dur, seul vestige de la glande disparue. L'atrophie devient alors complète.

Si, par contre, la gangrène devient septique, on voit vers le septième jour, la rougeur et la tuméfaction augmenter. Il se forme une suppuration, qui se manifeste par l'exagération des phénomènes inflammatoires symptomatologiques de la torsion. Un abcès se collecte, et au bout d'un

certain temps il s'ouvre, donnant issue à du pus de couleur chocolat ou vert foncé, dans lequel on trouve parfois des fragments de tubes séminifères et des petites masses sphacéliques marquant la fonte du testicule.

Dans ce premier cas, le pronostic fonctionnel est fatal ; la glande est perdue, mais en ce qui concerne la vie du malade le pronostic est bénin.

Deuxième cas. — La torsion est peu serrée. Il n'y a pas d'infarctus, il y a seulement une congestion. Le pronostic fonctionnel et vital est bénin. Le testicule peut parfaitement s'adapter à sa nouvelle position et recevoir de divers côtés des moyens suffisants de nutrition.

Troisième cas. — Il se produit une détorsion spontanée. Dans ce cas, ou bien la détorsion se fait trop tard ; il se forme une nécrose du testicule et il meurt. Ou bien la détorsion vient à temps. Alors la guérison est complète.

DIAGNOSTIC

Autrefois, si on trouvait relativement beaucoup plus d'orchites primitives vraies chez les enfants, c'est sans doute d'une part, que le diagnostic entre orchite aiguë et torsion du testicule, était le plus souvent difficile, et d'autre part parce que on ne les opérerait pas.

On soignait les petits malades médicalement, et on assistait alors à la résolution, quelquefois à la détorsion spontanée du cordon ou bien à la nécrose hémorragique aseptique et à l'atrophie de la glande, ou bien à la nécrobiose septique, suppuration et gangrène, fonte du testicule atteint.

Actuellement, le diagnostic de ces orchites, de cause mécanique, est généralement facile. Il faut le faire précocement, autrement c'est vouer presque sûrement la glande au sphacèle.

Pour pouvoir faire le diagnostic de la torsion testiculaire à temps, il faut bien connaître la maladie et savoir éliminer toutes les affections qui peuvent donner à peu près le même tableau symptomatologique. Contentons-nous de rappeler les erreurs de diagnostic les plus fréquentes qu'on commettait naguère.

1° Avec une orchite tuberculeuse aiguë ; mais l'absence des lésions prostatovésiculaires, l'absence d'un foyer de

tuberculose en un point quelconque de l'organisme, l'absence d'hérédité bacillaire, fera aisément écarter le diagnostic d'une poussée aiguë de tuberculose qui est d'ailleurs douteuse pour plusieurs auteurs.

2° Avec une orchite infectieuse banale, secondaire à une fièvre éruptive, à une blennorragie ; les orchites ourliennes, les orchites des angines. Un examen général approfondi de l'enfant fera constater nettement et sans difficulté la véritable nature de ces maladies qui ont provoqué l'orchite secondaire ou bien les fera rejeter.

3° Avec un étranglement d'une hernie, avec lequel la confusion est très souvent commise surtout dans le cas de torsion du testicule ectopique. En effet, il y a beaucoup de symptômes communs dans ces deux maladies, tels que : douleur dans le bas-ventre, vomissements, facies péritonéal. Pourtant, l'arrêt des matières et des gaz, qui n'est jamais absolu dans le cas d'accident, lié à la torsion du testicule et qui est la règle dans le cas d'une hernie étranglée, fera une distinction entre ces deux maladies. En outre, dans le cas de torsion du cordon, les vomissements sont beaucoup moins fréquents et ne sont jamais fécaloïdes.

4° Avec une inflammation des kystes congénitaux du cordon, affection très rare, dont les lésions siègent au-dessus d'un testicule normal.

5° Avec l'infarctus du testicule, spontané ou consécutif, à une compression du cordon.

6° Avec l'hématome des bourses du nouveau-né, consécutif à un accouchement laborieux par le mode des fesses, accident fugace et passager, alors que les conséquences de la torsion funiculaire sont durables et graves. (SÉBILEAU et DESCOMPS).

7° Avec une orchite traumatique consécutive à des chocs directs, ou à une contraction violente du cremaster. La notion du traumatisme ou l'effort abdominal est ici dominante.

8° Avec la torsion de l'hydatide de Morgani. Le diagnostic différentiel entre la torsion du testicule et la torsion de l'hydatide est d'une importance relative, car l'une et l'autre commandent l'intervention. Il existe pourtant quelques éléments cliniques sur lesquels nous nous sommes étendus longuement dans le chapitre de symptomatologie, éléments qui permettent en général de pencher vers l'un de ces diagnostics. Enfin, il reste des cas tout à fait exceptionnels, rapportés par OLRV. Il s'agit d'un kyste enflammé de la tête de l'épididyme ; abcès central aseptique de cause inconnue ; enfin, une torsion intrasacculaire d'un fragment d'épiploon.

TRAITEMENT

L'avenir de la glande testiculaire est fonction de la précocité de l'intervention. — En effet, nous avons vu dans nos observations qu'un seul traitement compte, c'est l'intervention chirurgicale. En dehors de tous accidents infectieux responsables, l'indication opératoire est formelle en présence de toute augmentation douloureuse du volume du testicule, apparaissant brusquement et spontanément. Il faut donc faire le diagnostic et le traitement précoces.

Le diagnostic précoce se posera dans deux conditions :

1° Le testicule est en ectopie. Toute douleur au niveau d'un testicule ectopique doit faire penser à une torsion testiculaire :

a) douleur passagère correspondante à une ébauche de torsion ;

b) douleur continue en rapport avec une torsion fixée.

Dans le premier cas le testicule pourra être ramené indemne en bonne place. Dans le deuxième cas la castration sera le plus souvent nécessaire, elle amènera la disparition des accidents et débarrassera le sujet d'un testicule désormais inutile.

2° Le testicule est dans les bourses. Ayant éliminé le diagnostic d'orchite ourlienne et d'orchite traumatique,

l'intervention sera pratiquée d'urgence, et la détorsion du testicule, accompagnée parfois de pexie pourra permettre la conservation d'un organe encore non altéré.

L'intervention s'impose dans les deux cas, au risque de laisser passer inaperçue une torsion du testicule, torsion qui peut entraîner précocement des lésions destructives irrémédiables.

Par conséquent, une torsion testiculaire doit être reconnue et opérée immédiatement, c'est la seule chance qu'on ait de conserver, par détorsion, un testicule vivant. Après 40 heures, il est déjà trop tard, et la castration s'impose. D'après BROCA « les formes les plus violentes peuvent se calmer soit par détorsion spontanée, mais la récurrence est à craindre; soit par atrophie progressive ». Suivant certains auteurs, l'abstention est indiquée, si on est appelé auprès du malade 36 ou 48 heures après le début. Mais aujourd'hui l'abstention est rigoureusement condamnée et ce, à cause des récurrences en cas de détorsions spontanées d'une part, et les dangers que le malade court, quand on laisse en place un testicule tordu et atrophié d'autre part. « Si l'on a affaire à un cas où la détorsion spontanée paraît s'être faite, il faut opérer quand même ; c'est la seule façon d'éviter les récurrences, peut-être graves, en pratiquant la pexie. » (CHARBONNEL). L'application de compresses chaudes ou des pommades est à rejeter, ainsi que la détorsion par manœuvres externes.

Il ne reste alors que l'intervention chirurgicale. Elle a d'autant plus de raison d'être qu'elle est d'une bénignité absolue, qu'elle supprime radicalement les phénomènes douloureux et qu'elle procure une guérison rapide. « L'enfant a tout à gagner et rien à perdre ». (MOUCHET).

L'intervention se fait sous l'anesthésie générale ou locale à l'alcoïne à 1/200. Incision scrotale ou inguinale suivant que le testicule est en place ou ectopique. On ouvre la vaginale qui donne généralement issue à un liquide citrin ou sanguinolent. L'intervention doit être le plus souvent conservatrice ; même si les lésions sont poussées assez loin, on laisse le testicule en place et on le fixe à la vaginale (torsion intravaginale); dans le cas de torsion extravaginale, on fixe la vaginale au scrotum.

Il faudra se trouver en face de lésions bien avancées de sphacèle, ne laissant aucun doute sur l'élimination totale de la glande, pour se décider à pratiquer une castration.

Généralement, on fait une détorsion et sous l'irrigation de sérum chaud le testicule reprend, s'il est encore vivant, un aspect normal. Dans tous les cas, la vaginale est refermée. Les plans superficiels sont suturés sans drainage.

Les suites opératoires sont très simples. Elévation de température à 39° le soir ou le lendemain, mais sans choc. L'aspect inflammatoire de la région inguino-scrotale disparaît assez vite.

La cicatrisation se fait par première intention chaque fois que l'intervention n'a pas été trop tardive.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Professeur ANDRÉ. — (*Inédite*)

P..., âgé de 7 ans, reçoit, le 5 novembre, en jouant, un coup de pied de l'un de ses camarades. Ce coup atteint l'enfant par derrière au niveau du périnée et des parties. Une demi-heure après l'enfant ressent des douleurs dans les parties, douleurs très violentes qui nécessitent l'appel du médecin. Ce dernier, mandé à minuit, constate qu'un testicule serait remonté dans le canal inguinal. Il en pratique l'abaissement.

Le 6 novembre, grosse enflure des parties avec rougeur. 9 novembre. Examen : gros œdème de la partie gauche, très forte douleur à la palpation. Pas de température, pas de vomissement.

10 novembre. — Opération.

Anesthésie au chloroforme. Incision, gros œdème ; on incise la vaginale, il s'écoule un peu de liquide séreux. Quand le testicule est complètement libéré, il se détord brusquement comme un ressort dans le sens inverse des aiguilles d'une montre, en effectuant un tour complet.

A ce moment, il est encore à un tour complet : Donc torsion de deux tours.

On constate que l'épididyme est complètement détaché du testicule. L'épididyme est violacé et présente un étranglement à sa partie moyenne. On met un point de fixation au pôle inférieur du testicule et un second sur l'épididyme. Fermeture de la vaginale au catgut. Fermeture du plan cutané aux crins.

7 janvier. — Tout semble entrer dans l'ordre, mais le testicule gauche est beaucoup plus petit que le testicule droit : Début de l'atrophie.

OBSERVATION II

Volvulus d'un testicule en ectopie chez un enfant de 8 mois.

Observation du Prof. FRÉLICH et D^r CORRET.

(*Revue Médicale de l'Est*, 1930, p. 737).

Un enfant de 8 mois est amené, le 12 novembre 1929, au service de chirurgie infantile pour une tuméfaction siégeant dans la région inguinale droite. La mère nous apprend qu'il n'a pas cessé de crier depuis trois jours. Il n'a eu aucun vomissement, il va à la selle normalement et n'a pas de température.

La tuméfaction de la région inguinale, extrêmement douloureuse au palper, a le volume d'une grosse noix; la peau qui la recouvre est légèrement rouge, mais ne présente aucune adhérence dans la profondeur.

On remarque l'absence des deux testicules dans le scrotum. Pensant alors qu'il s'agit d'une lésion du testicule ectopié, on décide d'intervenir chirurgicalement.

Après incision de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, on voit apparaître une masse rouge violacée qui n'est autre que le testicule dont le cordon décrit trois tours de spire.

A l'ouverture de la vaginale, il sort quelques grammes de sang liquide avec des caillots, et on voit au fond de l'incision une masse filamenteuse violacée, mélangée aux caillots. Ce sont des tubes spermatiques qui font issue dans la vaginale à travers une brèche de l'albuginée rompue spontanément.

Le cordon qui a accompli trois tours de spire est bleuâtre, volumineux, turgescents; ses vaisseaux, ses veines en particulier, sont thrombosées par place.

On se trouve en présence d'une torsion du testicule dans la séreuse. Celle-ci, en effet, paraît intacte et ne présente aucune adhérence avec le testicule; il n'existe pas de meso-vagino-pariétal.

La gravité des lésions du testicule, siège de foyers apoplectiques d'infractus hémorragiques, oblige à pratiquer la castration unilatérale.

Par quel mécanisme s'est produit ce volvulus? Nous avons signalé l'absence de tout meso réunissant le bord libre de l'épididyme à la séreuse pariétale; il est donc invraisemblable que le testicule ainsi privé de ses moyens de fixité, a dû sous l'influence de la contraction des muscles abdominaux, exécuter plusieurs rota-

tions autour de son axe pour franchir les rétrécissements de Ramonède, mouvements de rotations facilités par l'absence de méso.

Cette observation montre enfin que seule une intervention précoce permettra d'éviter le sacrifice de la glande dans ces sortes de lésions.

OBSERVATION II

M. CHARBONNEL

(*Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales*, N° 319, janvier 1930).

Torsion intra-vaginale du testicule avec détorsion spontanée.

Il s'agit d'un enfant âgé de 27 mois, qui présente son scrotum gauche un peu gros, tendu, rougeâtre et qui, d'après l'indication de la mère, paraît souffrir. Après 2 jours, le scrotum restait gros violacé, douloureux, contenant un gros testicule perdu dans les plans infiltrés. Pas de hernie.

Le diagnostic fait, on a décidé d'intervenir. A l'opération, tous les plans sont épaissis, friables. Le cordon est gros. Pas de sac herniaire ; la vaginale ne contient ni sérosité, ni sang ; le testicule est gros comme une noix, violacé, tendu, mais pas noirâtre. La tête de l'épididyme est en place en haut et en arrière et la glande n'est attachée au cordon que par un mince tractus qui fait suite à la queue de l'épididyme. Autour de ce fin pédicule, la glande qui se détord, tourne comme une bulle, avec une extrême facilité. Elle est manifestement malade, car nettement ecchymotique, mais pas complètement nécrosée, gardant une consistance ferme ; ni granulation, ni abcès. Puisqu'on ne sait pas à quel moment la détorsion s'est faite, on hésite : castrer ou remettre le testicule *in situ*. Si la détorsion était rapide, elle a pu laisser au testicule une vitalité suffisante et expliquer par là que les accidents paraissent assez atténués, si elle était tardive, au contraire, elle a dû compromettre définitivement cette vitalité. On se décide enfin pour la castration par crainte de la récurrence, fréquente dans ce cas et aussi parce que la remise en place dans la vaginale se montre impossible ; le testicule, étant trop gros et trop tendu, il ne peut plus être contenu dans la séreuse rétractée et friable.

Un examen histologique du testicule enlevé a bien montré une nécrobiose complète avec épanchement sanguin interstitiel.

OBSERVATION IV

ROCHER.

Fausses orchites de l'enfance par torsion du testicule.

OBSERVATION A

Torsion du testicule et infractus de l'hydatide de Morgani.

S..., 12 ans. Le 6 février, il y a 4 jours, en montant l'escalier, sentit dans la bourse droite une vive douleur irradiée vers le bas-ventre. Cette douleur aiguë dura peu de temps, car il continua à aller et venir toute la journée. Le soir, il souffra un peu lorsqu'il se couche, mais dort cependant très bien toute la nuit.

Le 7 février, à son lever, nouvelle douleur avec même irradiation, si bien qu'il ne peut aller à l'école et se recouche. Pas de vomissements, mais perte d'appétit.

Le 8 février, les douleurs persistent, la bourse droite augmente de volume et rougit, et en raison de l'augmentation de ces troubles, le malade est adressé, le 10 février, à l'hôpital des enfants.

A cette date, la bourse droite a doublé de volume et présente une coloration rosée. La douleur spontanée est minime, mais la palpation très redoutée, car elle réveille une souffrance vive ; l'épididyme est un peu gros ; il existe une légère hydrocèle ; le cordon est volumineux et sensible.

Ces signes et l'histoire de la maladie nous font porter le diagnostic de torsion de l'hydatide de Morgani.

L'intervention est pratiquée aussitôt. Anesthésie locale à l'alcoïne à 1/200. Incision inguinale. Enucléation du testicule avec sa vaginale. A travers la séreuse qui n'est pas épaissie, on aperçoit un peu de liquide et, à la partie supérieure du testicule, une tache violacée très foncée qui est l'hydatide vue par transparence.

Incision de la vaginale : du liquide citrin s'en écoule : Le testicule est d'aspect normal, mais à son pôle supérieur, se présente une petite masse un peu aplatie, de la forme et du volume d'une lentille, de coloration noire, suspendue à une pédicule extrêmement grêle, d'un millimètre de long environ, sur lequel il est absolument impossible de reconnaître une torsion et son degré. Un catgut très fin lie ce pédicule qui est sectionné aux ciseaux. Par ailleurs, l'épididyme est nettement augmenté de volume ; la tête est au moins du volume du testicule et paraît un peu œdémateuse ; en outre à la partie supérieure et postérieure de l'épididyme, il existe des petites traînées noires qui sont en réalité, à un examen plus atten-

tif, des vaisseaux, peut être infarctés. Le cordon est volumineux, ses vaisseaux sont dilatés. Suture de la vaginale au catgut, le testicule est replacé dans les bourses. Suture cutanée par agrafes, sans drainage.

Guérison sans incident, la douleur testiculaire persiste pendant deux jours ; lever le dixième.

Chez ce malade on a pensé à une torsion extra-vaginale de l'appareil testiculo-épididymaire dont la réduction, s'est faite spontanément, en laissant comme séquelle un infarctus de l'hydatide, mal nourrie par son grêle pédicule et les troubles circulatoires constatés à l'opération : œdème de l'épididyme et turgescence des vaisseaux du cordon, jusqu'au dessus de l'épididyme dans le mésotestis.

On ne voit pas comment la lésion de l'hydatide pourrait produire de tels effets à distance, de sorte qu'après mûre réflexion nous ne pouvons pas la considérer comme la lésion primitive.

OBSERVATION B

Torsion extra-vaginale d'un testicule ectopique.

P..., 9 ans.

Il y a dix jours, l'enfant était au cinéma avec ses petits camarades, assis sur un banc. Sans aucune cause, dit-il, il ressent une douleur dans le bas-ventre, du côté-gauche, et il y aperçoit une grosseur.

Il est reconduit chez lui, a un vomissement et se couche. Des pansements humides et chauds ne modifient pas la douleur, qui atteint son acmé le lendemain, persiste trois jours, puis rétrocede. Cette affection retentit notablement sur son état général et il perd progressivement l'appétit. Le diagnostic porté est celui d'ectopie testiculaire avec adenite inguinale ; l'enfant est envoyé à l'hôpital, dans notre service le 12 février.

A ce moment, il présente, dans la partie inguinale gauche, une tumeur du volume d'une amande, allongée dans le sens du canal inguinal. Pas de modification de couleur de la peau qui n'est pas adhérente à la profondeur. Cette tumeur est très sensible au palper ; elle a la consistance d'un ganglion chroniquement enflammé ; elle paraît superficielle et n'est pas mobile dans le canal inguinal ; elle est mate. Elle se continue vers l'orifice profond du canal inguinal par un pédicule légèrement sensible.

Pas de testicule dans la bourse du même côté ; testicule bien développé dans la bourse droite.

L'appétit est très diminué, la langue est blanche.

Le diagnostic de torsion du testicule gauche est porté et l'intervention de conservation est tentée d'urgence quoiqu'avec peu d'espoir.

Anesthésie locale à l'allocaïne à 1/200. L'incision conduit sur une tumeur arrondie qui, au premier abord, a la teinte noire violacée des hernies crurales étranglées ; elle est facilement libérée du tissu cellulaire. La vaginale est adhérente, elle est décortiquée du testicule puis le canal vagino-péritonéal, séparé des éléments du cordon, est réséqué. La torsion se voit très bien sur le cordon qui est un peu augmenté de volume, mais sans vaisseaux apparemment dilatés ; torsion à longue spire dans le sens opposé à celui des aiguilles d'une montre ; il est difficile d'en dire le degré.

Le canal déférent, au lieu de l'infléchir en arrière vers l'épididyme, se recourbe au contraire en sens inverse et longe le bord antérieur du testicule, fixé, sans doute, dans cette position anormale, par la réaction adhésive de l'infarctus hémorragique. Le cordon est court et trapu, la torsion se voit sur une longueur de trois centimètres environ. La portion terminale du cordon, au niveau de sa suture, ainsi que l'épididyme et le testicule sont noirs violasés, de teinte aubergine. L'exérèse est nécessaire ; une orchidotomie exploratrice montre l'aspect cruorique du testicule.

Le testicule est enlevé après section du cordon ; fermeture du canal inguinal. Suture de la peau par agrafes, sans drainage.

Suites opératoires. — Guérison *per primam* ; les agrafes sont enlevées au septième jour, lever au douzième. L'état général se relève très rapidement.

OBSERVATION C

Torsion intravaginale du testicule chez un nourrisson de un an. G., 1 an.

Bien portant, nourri au sein jusqu'à 8 mois. Sixième enfant, tous en bonne santé ainsi que les parents ; pas des malformations dans la famille, pas des signes d'hérédo-syphilis. Marche depuis un mois.

Le 7 février, il y a 8 jours, l'enfant a commencé à souffrir de la

bourse gauche, douleur pas trop vive, semble-t-il, car il continuait à marcher jusqu'à son entrée à l'hôpital ; cependant, la bourse augmente de volume et rougit. Le médecin préconise des pansements humides et chauds qui ne modifient pas l'état local. L'enfant est envoyé dans notre service, à la consultation.

Examen le 15 février. La bourse gauche est rouge et très augmentée de volume ; au palper, on y sent une tumeur dure, du volume d'une noix, légèrement douloureuse, régulièrement arrondie. On ne peut percevoir séparément ni testicule, ni épидидyme. Cette tumeur adhère à la peau du scrotum au niveau de sa partie antérieure. Le cordon augmenté de volume, est nettement perceptible au-dessus de la tumeur qui se continue dans le canal inguinal.

Il s'agit, sans aucun doute, de torsion du testicule pour laquelle on pratique une intervention immédiate.

Anesthésie générale au chloroforme-éther. L'incision inguino-scrotale conduit sur une tumeur qui est énuclée, libérée du tissu cellulaire de voisinage auquel elle adhère. Il s'agit d'une énorme coque formée par le voisinage épaissi. Au-dessus, le cordon est un peu augmenté de volume, mais ne présente aucune trace de torsion.

Incision de la vaginale, épaisse d'au moins 1 millimètre ; un peu de liquide jaune citrin foncé s'en écoule et le testicule apparaît, tête de l'épididyme en bas, pendu par la queue, en battant de cloche. Il est au large dans la cavité vaginale. Le pédicule, constitué par la torsion terminale du cordon, est filiforme, extrêmement ténu ; il est impossible d'apercevoir la torsion que nous avons diagnostiquée.

Le testicule et l'épididyme ne sont pas violet foncé, mais lilas ; pour s'assurer de l'état de la glande, une orchidotomie exploratrice est pratiquée. La glande a sa teinte chamois caractéristique ; depuis que le testicule et l'épididyme ont été extériorisés, la teinte lilas s'est modifié en coloration de l'albuginée, se rapproche de la normale, ce qui paraît paradoxal, vu la gracilité du pédicule déférentiel.

Le traitement conservateur est tenté et consiste en une orchidopexie pratiquée en suturant les deux lèvres de la plaie testiculaire aux deux bords de l'incision vaginale, par deux fils 00 de catgut qui traversent successivement les bords de la vaginale et les deux lèvres de l'orchidotomie. Ces deux points solidarisent la vaginale et le testicule. Suture de la peau par des agrafes sans drainage.

Suites opératoires. — Elévation de la température à 39°, mais sans choc ; cicatrisation *per primam* après quelques appldifications d'antiphlogistine. Le testicule est encore adhérent au scrotum lorsque l'enfant quitte l'hôpital.

Conclusion

Dans le premier cas l'infarctus de l'hydatide paraît secondaire à une torsion testiculaire spontanément réduite.

Dans le deuxième cas la torsion, qui est extravaginale, s'est faite au niveau d'un testicule ectopique.

Dans le troisième cas la torsion existait déjà depuis 8 jours, mais l'aspect du testicule n'était pas apoplexique. L'intervention a été conservatrice, puisqu'on n'a pas trouvé de torsion apparente. Il y avait alors une détorsion spontanée.

En tout cas à cause de l'intervention retardée on n'est pas sûr du bon avenir fonctionnel du testicule.

OBSERVATION V

Docteur A. DAMON, Chirurgien, à Nîmes

*Un cas de torsion du testicule chez un enfant de six ans
porteur d'une forme complexe d'hydrocèle vaginale.
(L'Echo Médical des Cévennes)*

Charles F..., 6 ans, vigoureux, sans antécédents à noter, présentait, depuis sa naissance, une tuméfaction inguino-scrotale droite fluctuante et indolore.

On l'amène à Nîmes, le 15 mai, pour qu'il soit opéré. Pendant le long trajet en chemin de fer, l'enfant se plaint de ses bourses qui deviennent douloureuse. Le repos au lit calme cette douleur. Cependant, celle-ci reprend le lendemain 16, sous forme d'élançements que l'enfant définit mal. Il se plaint de coliques, n'urine pas pendant une dizaine d'heures. La démarche est douloureuse, il boîte.

Amené dans cet état, on constate à l'examen :

1° Rougeur, chaleur, œdème de la bourse droite qui est augmentée de volume. Le testicule est difficile à examiner en raison de la présence de liquide d'hydrocèle et des réactions douloureuses de l'enfant.

2° Un kyste superficiel fluctuant, du volume d'un œuf, allongé

sur tout le trajet du canal inguinal jusqu'à deux travers de doigts de l'épine iliaque antéro-supérieure. Ce kyste superficiel serait plus tendu que la veille. Il est douloureux, surtout à la base scrotale. Un essai de réduction provoque la douleur et le cri. Pas de hernie inguinale, mais anneau inguinal large, légère expansion à l'effort. Côté gauche sain.

Température 38°2, pouls 110. Deux ou trois vomissements ; agitation nocturne.

Le diagnostic d'orchite aiguë, tuberculeuse ou non, est éliminé par le fait même de sa rareté à cet âge et l'absence d'antécédents. La torsion est soupçonnée, l'opération est décidée d'urgence.

Opération, 17 mai. Anesthésie : mélange de Schleich. Incision inguinale oblique sur la poche kystique inguinale. Ce kyste est superficiel à l'aponévrose du grand oblique. Paroi mince transparente, d'aspect bleuâtre, hémorragique. La dissection est poussée jusqu'à l'orifice superficiel du canal inguinal dans lequel pénètre un prolongement du kyste.

A l'ouverture du canal inguinal ce kyste communique avec un kyste du cordon, moins volumineux, développé entièrement dans le canal inguinal. Orifice inguinal profond, normal. Pas de hernie. Excision du kyste superficiel après ouverture. Il contient un liquide hémorragique et gros caillot sanguin qui oblitère une communication de ce kyste avec la vaginale. Issue de liquide hémorragique de la vaginale. Ablation du kyste du cordon ; l'incision est prolongée jusqu'à la base du scrotum pour ouvrir la vaginale. Le testicule est augmenté de volume, violacé. L'épididyme est turgescant. Le cordon est tordu deux fois sur lui-même à l'intérieur de la vaginale. Dé-torsion ; fixation du testicule à la vaginale ; fermeture du canal inguinal en deux plans.

Suites très simples. Douleur et fièvre ont disparu. L'œdème des bourses diminue progressivement. L'enfant quitte la clinique le 29 mai. Pas d'atrophie testiculaire.

Remarques

1° Il semble que la congestion passagère et, par suite, l'allongement des vaisseaux fluxueux aboutissant à l'épididyme, soit par masturbation, soit par trauma répété ait un rôle dans le genèse de la torsion.

Dans le cas présent, le voyage en chemin de fer a sûrement contribué à la torsion.

2° Intéressante aussi est la série de coïncidences qui ont permis au petit malade d'être opéré précocement. Le diagnostic est rarement posé affirmativement. Le syndrome orchite aiguë primitive de l'enfant très rare avant la puberté, ne peut être attribué qu'à une orchite tuberculeuse ou non qui doit faire sa preuve, ou à une torsion haute ou basse du cordon.

L'abstention aboutit souvent à la guérison, mais avec atrophie du testicule, plus rarement à la suppuration. Le testicule qu'on a détordu au deuxième jour, normal 4 mois après, continuera-t-il à se développer dans l'avenir ? On doit l'espérer dans le cas présent, la circulation du cordon étant encore assez peu développée à cet âge pour qu'une striction de 36 heures amène l'atrophie testiculaire.

OBSERVATION VI

Torsion du testicule chez un nourrisson de dix jours
par A. BONNET, (*Pédiatrie*, N° 4, 1931)

M... A..., âgé de 10 jours, entre à l'hôpital, le 25 mars, pour orchite aiguë droite, survenu brusquement, deux jours plus tôt, s'accompagnant d'élévation de température et de vomissement, avec inquiétude et agitation croissante.

A l'examen, le malade pleure sans arrêt et se tord comme un ver. La langue est sèche, le visage pâle et tiré. L'abdomen est plat, souple, normalement sonore ; la palpation ne paraît pas susciter de douleur.

L'hémiscrotum est rouge, luisant, augmenté de volume et atteint les dimensions d'une petite noix. La tuméfaction remonte dans la région funiculaire droite jusqu'au niveau de la région de l'orifice externe du canal inguinal. L'aspect de l'hémiscrotum gauche est normal.

A la palpation, on constate d'abord une élévation de la température locale dans toute la région rouge et tuméfiée. La palpation des organes profonds est considérablement gênée par un épaississement des enveloppes cutanées formant un œdème assez dur. Cet œdème remonte un peu sur la paroi abdominale et dépasse les limites de la rougeur. A travers ce placard, on sent une masse allongée sortant, par l'orifice inguinal externe et descendant jusqu'au fond du scrotum sur tout le trajet du cordon et du testicule.

Il est impossible d'en préciser exactement les contours, il semble pourtant que le pôle inférieur soit renflé. La consistance est dure. Le testicule et le cordon ne peuvent être distingués de cette masse.

Le diagnostic, en présence de ces constatations n'est posé qu'après une étude critique attentive des symptômes. En effet, en présence d'une tuméfaction inguino-funiculo-scrotale non réductible et s'accompagnant de vomissements, la première idée qui vient à l'esprit est celle d'une hernie étranglée. Mais, d'une part, on apprend qu'il n'y a pas de hernie reconnue avant la crise du début ; et d'autre part, on se base sur la persistance des selles et des gaz, l'œdème et la rougeur du scrotum pour écarter la première impression, à laquelle ces signes ne convient pas. On retient les éléments révélant une lésion inflammatoire, et l'on envisage le diagnostic du médecin qui a envoyé le malade: orchite aiguë, mais aucune donnée étiologique ne le confirme et la température centrale (37°8) ne s'accorde guère avec lui. Etant donné la brusquerie du début, la rougeur de l'œdème (troubles circulatoires) du scrotum, on pense à une torsion dont le siège est probablement funiculaire et haut ; mais la pensée d'une hernie avec pincement latéral de l'intestin n'est pas écartée, étant donné la présence des signes péritonéaux.

L'intervention d'urgence est décidée. Sous prudente anesthésie au chloroforme, incision de 4 cm. parallèle au cordon empiétant par sa moitié supérieure sur le trajet inguinal, par sa moitié inférieure sur le scrotum. On traverse des tissus congestionnés et infiltrés d'œdème pour arriver sur une masse cylindrique facilement clivable et relativement lisse, qui descend au fond du scrotum où sa terminaison arrondie et renflée est reconnue, et pour remonter ensuite à travers le trajet inguinal profond. Une incision longitudinale conduite sur toute la longueur de cette masse traverse une tunique épaissie et ouvre en bas une cavité où s'étale de haut en bas le cordon, considérablement épaissie et congestionné, l'épididyme, également augmenté de volume et le testicule de dimension à peu près normale. A la limite supérieure le cordon augmente brusquement de volume ; à ce même niveau, on reconnaît par une déformation spiroïde qu'il a subi un tour complet sur lui-même, suivant son axe. Deux centimètres plus bas, le cordon, épaissi encore et déformé, diminue brusquement ; on constate à ce niveau, par la simple inspection, une section à peu près complète ; dès le premier contact cette section devient absolue : entre les deux régions le volume du cordon atteint son maximum. Le testicule, de

teinte bleue violacée, occupe le fond de la poche péritonéo-vaginale, où son orientation est normale ; il est adhérent sur tout son bord postérieur, ainsi que sur le trajet de l'épididyme. Dans la poche qui l'entoure, une fausse membrane puriforme jaunâtre le coiffe ; on trouve également un peu de liquide louche.

Etant donné la section inguinale du cordon et la coloration franchement noire du segment de cordon situé entre cette zone et la zone de torsion inguino-abdominale, toute chance de restauration du testicule est vaine et on se contente de pratiquer la section haute du bout de cordon restant, qui d'ailleurs ne saigne pas ; on lie par précaution le bout central le plus haut possible et on termine en suturant l'aponévrose et en mettant 4 crins sur la peau.

Suites opératoires : banales ; 10 jours après, le nourrisson, guéri, sort de l'hôpital. L'examen de la pièce confirme les constatations opératoires : la zone de striction supérieure est aussi friable que l'inférieure ; entre les deux, les éléments du cordon sont agglomérés et indissociables, le testicule coupé est noir, fortement gorgé du sang avec hématomes en foyers. La vaginale très épaissie est parcourue par des vaisseaux de calibre anormalement grand ; à partir du point de section spontané du cordon, on ne suit plus la cavité péritonéo-vaginale qui se perd entre les éléments du cordon avec lesquels elle est tordue ; il s'agit donc d'une torsion extra vaginale ou bistournage.

OBSERVATION VII

La torsione del testicolo si verifica anche nei latante.

(La torsion du testicule se vérifie aussi chez les nourrissons).

Par le Docteur Pietro GILBERTI.

(*La Clinica Pediatrica*, février 1924)

Garçon, de 45 jours, de parents sains et robustes. Il y a 2 jours cris incessants, la mère note une tuméfaction scrotale et inguinale à droite. Rougeur en bas et vive sensibilité à la palpation. Un médecin appelé prescrit des cataplasmes de graines de lin et un sirop calmant. Revenu le lendemain, il parle de hernie étranglée. Température 37°3, tachycardie, tympanisme abdominal, tuméfaction piriforme à l'aîne droite, peau lisse, distendue et rouge ; dimension d'un œuf de poule ; on ne peut distinguer le testicule ; réductibilité absente. Matité à la percussion.

La mère affirme n'avoir rien observé depuis la naissance jusqu'à ces derniers jours. Vu l'urgence et la probabilité d'un étranglement herniaire, le Docteur GILBERTI opère : Incision d'une masse fluctuante qui donne un liquide sanguinolent ; on découvre le testicule congestionné et le cordon spermatique infiltré et semé de taches hémorragiques ; ce dernier présente deux tours de torsion. La détorsion est faite ; il n'y a pas de hernie. Fixation du testicule à la partie postéro-inférieure du scrotum. Guérison.

OBSERVATION VIII

Torsion du testicule en ectopie,

par HILBERT F. DAY.

(*American journal of surgery*, N° 11, novembre 1924).

La mère a remarqué, chez son enfant de trois mois, la présence d'une petite masse inguinale droite qui n'est autre qu'un testicule en ectopie inguinale. A 6 mois, brusquement, cette masse augmente de volume, l'enfant souffre violemment à son niveau et est amené à l'hôpital. On constate alors une tuméfaction longue de trois centimètres, non fluctuante, n'augmentant pas de volume lors des cris ; pas de testicule dans la bourse droite. On diagnostique l'étranglement d'un testicule ectopique coïncidant peut être avec une hernie étranglée.

Une incision inguinale mène sur une masse noirâtre ayant l'apparence d'une anse intestinale étranglée ; ce que l'on croit être un sac herniaire n'est autre que la vaginale dont l'ouverture laisse s'écouler un liquide sanglant très foncé. La circulation testiculaire a été totalement interrompue, le cordon ayant subi plusieurs torsions sur lui-même. La détorsion ne rétablissant aucunement la circulation, la castration du testicule infarci est pratiquée ; réfection du canal inguinal. Guérison.

OBSERVATION IX

MM. HARTMANN et RENAUD

Un cas de torsion du testicule en ectopie chez un enfant.

Enfant de 9 ans et demi. Depuis quelques temps, il sent à gauche au niveau de l'anneau inguinal, une petite hernie. Le testicule de ce côté est toujours resté dans la région inguinale et n'est jamais descendu dans les bourses.

Le 18 février, l'enfant se plaint. Le 20, il marche difficilement. Le 21, une purgation provoque plusieurs selles. Le 23, à 11 heures du matin, il est pris de douleurs violentes dans l'aîne gauche. Le soir, il a 38°3, 100 pulsations. Une tuméfaction du volume d'un œuf de pigeon, très douloureuse, dans la région inguinale. Le 24, il ne mange rien, a des nausées, rend un gaz par l'anus. 38° le matin, 38°5 le soir. La nuit est mauvaise, agitée. Le 25, on montre l'enfant au médecin, qui trouve au niveau de la région inguinale une tuméfaction du volume d'un gros œuf de pigeon sans altération de couleur de la peau, arrondie, tendue, mate, extrêmement douloureuse au moindre contact dans toute son étendue.

La température est de 37°8, pouls 105. Le ventre est très légèrement météorisé, indolent.

On l'opère le 25. Incision suivant le grand axe de la tuméfaction. Après incision de divers plans fibreux, ouverture d'une cavité séreuse sèche, ne contenant pas une goutte de liquide, remplie par un testicule 4 ou 5 fois plus gros que celui du côté opposé, noirâtre, l'épididyme et la partie inférieure du cordon sont de même distendus et noirs. Le cordon est tordu de 2 tours dans le sens des aiguilles d'une montre. On détord, on lie et puis on sectionne. On fait une résection d'un canal herniaire, faisant communiquer la séreuse péri-testiculaire avec le péritoine. Après on suture en masse.

Suites opératoires. — Guérison sans incidents du côté de la plaie, compliquée le deuxième jour d'une poussée d'otite moyenne à gauche, avec douleur mastoïdienne, guérie sans paracenthèse du tympan.

Le testicule enlevé a le volume d'une grosse noisette. Forme normale ; couleur rouge noir d'un caillot. La coupe montre que le sang a infiltré l'organe. L'histologie montre alors la lésion essentielle d'une torsion testiculaire et l'hémorragie qui entraîne d'autres lésions du testicule et surtout la nécrose.

OBSERVATION X

M.-H. BLANC

*Torsion du testicule opérée au quinzième jour
chez un enfant de 15 ans.*

Traitement conservateur. Guérison.

(*Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales*, N° 9, mars 1931)

René L., âgé de 15 ans, entre à l'hôpital, le 11 juin, parce que sa bourse gauche est augmentée de volume et douloureuse. Le début de la maladie remonte au 30 mai.

En parfaite santé, le malade était à l'école ce matin-là, lorsque pendant la classe, il ressent brusquement des coliques violentes très douloureuses, en même temps qu'une douleur aiguë au niveau du testicule gauche. Il demande à sortir et s'aperçoit alors que sa bourse est rouge et augmentée de volume. Il rentre chez lui à midi; les douleurs sont aussi violentes et la bourse devient de plus en plus grosse. Il reste couché toute la journée, mais retourne à l'école le lendemain. Puis il se remet au lit et, les choses ne s'arrangeant pas, fait appeler un médecin le quatrième jour. Un traitement antiphlogistinique est prescrit, mais l'état de l'enfant ne s'améliorant pas, on l'envoie à l'hôpital à la consultation. Là, on l'examine et on l'expédie d'urgence à l'hôpital du Tondu, pour intervention.

Mais le malade ne s'y rend pas pour une cause quelconque, et on ne pense plus à lui, lorsqu'il arrive dans le service, 13 jours après le début de la maladie. L'enfant est pâle, paraît fatigué, mais il n'a pas de température. La bourse gauche est rouge, augmentée de volume, de la grosseur d'un abricot. Cependant, il n'y a pas de modifications notables depuis le premier examen à l'hôpital. La tuméfaction n'est pas chaude et la palpation est un peu douloureuse. La peau est libre, on la pince facilement. On a la sensation d'une tumeur élastique, un peu fluctuante. On ne sent pas l'épididyme. Le cordon est absolument normal.

Rien au niveau de l'appareil épididymo-testiculaire droit, rien au toucher rectal. L'urèthre, enfin, est normal. L'examen des autres appareils est négatif et il n'y a rien à signaler dans les antécédents.

Lors du premier examen, on fait le diagnostic de torsion du testicule. Mais au second examen, en raison de l'évolution de la

lésion, on pensait qu'il devait s'agir plutôt d'une torsion de l'hydatide de Morgani, et on intervient le 13 juin, au quinzième jour, avec ce dernier diagnostic.

Incision scrotale. Ouverture de la vaginale qui est très épaisse, mais sans hydrocèle. On trouve une hydatide noirâtre qui est enlevée et un testicule tordu de deux tours sur son pédicule dans le sens des aiguilles d'une montre. On constate un hématome de l'épididyme et de la portion sus-épididymaire du cordon.

Détorsion du testicule et résection de la vaginale. On remarque alors que le testicule est inversé, et après la détorsion, la tête de l'épididyme se trouve en bas. On ne peut remettre le testicule dans une situation normale sans provoquer une nouvelle torsion.

La glande ne semblant pas altérée, sa consistance étant à peu près normale, les battements artériels étant perçus au-dessous du niveau de la structure et les lésions paraissant avoir porté surtout sur l'épididyme, on décide la conservation.

Hémostase soigneuse. Remise en place du testicule. Suites opératoires normales et cicatrisation rapide. Le malade quitte l'hôpital, guéri, le 24 juin.

L'intérêt de cette observation concerne surtout la ligne de conduite adoptée pour le traitement. Généralement, en effet, ou l'intervention est immédiate et le testicule est conservé, ou bien l'intervention est tardive et on pratique alors la castration. A notre connaissance, lorsqu'à la suite d'une intervention tardive on a voulu à tout prix conserver le testicule, celui-ci, nécrobiosé, s'est éliminé dans les semaines suivantes.

Et précisément, tout l'intérêt de cette observation réside dans le résultat parfait d'un traitement conservateur en présence d'un testicule dont la vitalité ne semblait pas définitivement compromise.

Avis de Lafargue sur cette question. — Il n'y a qu'à féliciter M. BLANC d'avoir trouvé un testicule non nécrobiosé, alors que sa torsion datait d'une dizaine de jours. C'est un cas sans doute unique qui méritait d'être signalé, et demande à serrer de près l'étude des indications opératoires dans la torsion testiculaire. Dans les 48 premières heures, l'opération n'est pas à discuter. Elle est nécessaire et doit être pratiquée d'urgence pour éviter la constitution de lésions irrémédiables. Passé ce délai et surtout si on voit le malade vers le dixième jour, il paraît logique de penser

que l'opération ne pourra faire régresser des lésions de nécrobiose; dans ce cas vu tardivement, l'intervention n'a pas d'avantage d'utilité. Le testicule aurait aussi bien vécu sans elle. C'est en vertu de ce raisonnement que j'ai repoussé l'opération chez un enfant, vu vers le douzième jour. Petit à petit tous les phénomènes congestifs locaux se sont calmés et au bout de quelques mois on isolait un testicule atrophique qui cependant, dans les années à venir était susceptible de jouer un rôle moral.

Dans la torsion testiculaire, intervenons le plus près possible de son début avant l'installation de lésions irrémédiables. Passés les deux ou trois premiers jours, l'abstention me paraît plus logique.

CONCLUSIONS

- I. — La torsion du testicule ou celle de l'hydatide de Morgani sont des causes assez fréquentes d'une orchite aiguë ou subaiguë.
- II. — Au point de vue de l'étiologie, on peut penser à une cause anatomique prédisposante telle que la pédiculation avec mobilité anormale du testicule ou de l'hydatide, et à une cause déterminante comme la marche, le saut ou bien la masturbation.
- III. — En ce qui concerne l'anatomie pathologique, c'est la nécrobiose hémorragique qui est la plus habituelle des lésions.
- IV. — La symptomatologie est caractérisée surtout par la douleur et la tuméfaction d'aspect inflammatoire accompagnées par quelques signes généraux minimes.
- V. — Le diagnostic est basé sur l'élimination de toutes les affections qui peuvent donner l'inflammation du testicule.
- VI. — Le traitement ne peut être que chirurgical. L'intervention d'urgence est la seule conduite justifiée.

BIBLIOGRAPHIE

- ACQUAVIVA. — Un cas de torsion du testicule chez un enfant de 9 mois. (*Provence Médicale*, N° 25, 15 oct. 1933).
- ACQUAVIVA. — Réflexions sur l'orchite aiguë de l'enfance. (*Marseille Médical*, 19 janvier 1927).
- M.-H. BLANC. — Torsion du testicule opérée au quinzième jour chez un enfant de 15 mois. (*Gazette hebdomadaire de Sciences Médicales*, N° 9, 1^{er} mars 1931, p. 139).
- BROCA. — Bistournage spontané du testicule. (*Chirurgie infantile*, 1914, p. 1076).
- BRUNZEL. — Zur Diagnose der Torsion des Skrotalhoden. (*Deutsche Zeitschrift für Chir.*, 1917, p. 409).
- CHARBONNEL. — Torsion intra-vaginale du testicule avec détorsion spontanée chez un enfant de 27 mois. (*Gazette hebdomadaire de Sciences Médicales*, N° 3, 19-1-1930, p. 35. *La Presse Médicale*, 1-2-1930, N° 10).
- CHEVASSU. — Bistournage spontané d'un testicule non ectopique. (*Arch. génér. de Chirurgie*, mars 1908, p. 225).
- COLETTI. — Torsion du cordon gauche avec gangrène du testicule chez un enfant de 5 mois. (*Arch. ital. di Chirurgia*, XXXI, N° 6, juin 1932).
- COSSIN. — Torsion du cordon sperm. avec gangrène consécutive du testicule. (*Thèse de Paris*, 1894).
- A. DAMON. — Torsion du testicule chez un enfant de 6 ans, porteur d'une forme complexe d'hydrocèle vaginale. (*Echo Médical des Cévennes*, oct. 1929, N° 8, p. 197).

- DELASIAUVE. — Descente tardive du testicule gauche pris pour une hernie étranglée. (*Revue Médicale Française et Etrangère*, 1840, p. 363).
- DELLINGER et BARNEY. — Torsion du cordon spermatique. (*Journal d'Urologie*, 1923, XV, p. 78).
- FEERAN. — Torsion supra-vaginale du testicule. (*Société de Chir.*, Marseille, 4-XI-1929).
- FOUCAULT. — Torsion du cordon chez un nourrisson de 11 mois. (*Soc. Anat. de Chirurgie*, 1925, p. 423).
- HARTMANN et RENAUD. — Un cas de torsion d'un testicule en ectopie chez un enfant. (*Bull. et Mém. Soc. Anat. de Paris*, 1921, p. 257).
- FÈVRE. — Torsion de l'hydride de Morgani. (*Annales d'Anat. Path.*, juin 1929, p. 693).
- FUDERLIN. — Klinische und experimentelle Studien zur Frage der Torsion des Hodens. (*Deutsche Zeitschr.*, 1896, p. 177).
- JECHIEL. — A propos d'un cas de torsion du testicule opéré à la sixième heure et suivi de guérison. (*Journal d'Urologie*, avril 1931).
- KLINGEL. — Torsion des Samenstranges. (*Münchener Méd. Wochensch.*, 21-2-1905).
- LAHAYVILLE. — Trois cas de torsion du testicule. (*Soc. de Chirurgie de Marseille*, nov. 1929).
- LAPOINTE. — *Journal de Chirurgie*, 1925, XIV.
- LANDAU. — Bauchpresse und Torsion des Samenstranges. (*Münchener Méd. Wochenschr.*, avril 1905).
- LEGEU. — Ce qu'il faut penser de l'orchite traumatique. (*Progrès Médical*, avril 1922, p. 197).
- LENORMENT. — Torsion du testicule. (*Presse Médicale*, 20 avril 1929).
- MARTIN. — Les orchites aiguës par torsion chez l'enfant. (*Journal de Médecine et de Chirurgie pratique*, 10-VII-1931).
- MAUCLAIRE. — De la torsion du cordon spermatique. (*Tribune Méd.*, 1894, p. 467).

- MASSABUAU, GUIBAL et BONNET. — Torsion du cordon spermatique chez un nourrisson de 10 jours. (*Pédiatrie*, N° 4, avril 1931).
- MÉGRET. — Torsion du testicule et de l'hydatide. (*Bourgogne Médicale*, août, 1927).
- MONTAGNARD et DESHOMMES. — Torsion du testicule et hernie étranglée chez l'enfant. (*La Provence Méd. et Chir.*, janvier 1930, N° 1).
- MORENO GONI. . . *Torsion del epididimo*. *Semana Med.*, 18 décembre 1930).
- MOUCHET. — Sur une variété d'orchite aiguë de l'enfance et adolescence. (*Presse Médicale*, 30 mai 1923 ; *Bull. et Mém. Soc. de Chirurgie de Paris*, 11 avril 1923).
- Les formes frustes de la torsion de l'hydatide de Morgani. (*Presse Médicale*, 24 oct. 1928).
 - Torsion du cordon spermatique chez l'enfant. (*Paris Médical*, 15-VII-1922).
 - Torsion à la fois intra et extravaginale d'un testicule droit en ectopie inguinale. (*Bull. et Mem. Soc. de Chirurgie*, Paris, janvier 1923).
- HILBERT F. DAY. — Torsion du testicule en ectopie. (*Americana Journal of surgery*, N° 11, nov. 1924).
- NICOLODANI. — Die Torsion des Samenstranges. (*Arch. für klinische Chirurgie*, 1885, XXXI, p. 178).
- OLRY. — Le syndrome: Orchite aiguë primitive chez les enfants. (*Arch. Méd. des enfants*, XXIX, N° 6, juin 1926, p. 330).
- OMBREDANNE. — Torsion testiculaire chez les enfants. (*Bull. et Mem. Soc. de Chirurgie de Paris*, 14 mai 1913).
- Torsion testiculaire. (*Traité de Chirurgie inf.*, p. 729).
- PÉRARD et ARNISET. — A propos d'une observation de torsion du testicule. (*Journal d'Urologie*, janvier 1928).
- PICHAT. — Torsion du cordon chez un nourrisson de 13 mois. (*Annales d'Anat. Path.*, 1923, p. 176).
- POULAIN et FRANCO. — Torsion du testicule chez un nourrisson. (*Gazette Méd. de Picardie*, N° 66, avril 1928, p. 195).

- ROCHER et GUÉRIN. — Fausses orchites de l'enfance par torsion du testicule. (*Pédiatrie*, sept. 1930, p. 239).
- ROCHER. — Fausses orchites de l'enfance par torsion du testicule. (*Journal de Médecine de Bordeaux*, N° 11, 20 avril 1930, p. 305).
- ROUTIER. — Ectopie testiculaire suivie de sphacèle du cordon. (*Bull. Soc. de Chirurgie*, mai 1908).
- SÉBILEAU et DESCAMPS. — Maladies des organes génitaux de l'homme. (*Traité nouveau de chirurgie*). Ladentu et Delbet, N° 14, t. 32).
- SEGATO. — Un cas de volvulus du testicule. (*La Clinica Chir.*, 1929, p. 18).
- WISCONTINI. — La necrosi del testicolo par torsione del cordone. (*Gazzetta degli ospedali et delle cliniche*, 21 août 1913, p. 1041).
- WESSON. — L'orchite traumatique, une mauvaise dénomination. (*Journal d'Urologie*, 1929, p. 200).
- FRELICH et CORRET. — Volvulus du testicule en ectopie chez un enfant de 8 mois. (*Revue Méd. de l'Est*, 1930, p. 737).
-

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	5
HISTORIQUE.....	7
Etiologie et Pathogénie	9
Anatomie et Physiologie Pathologique.....	13
Symptomatologie.....	17
Evolution et Pronostic	20
Diagnostic.....	22
Traitement.....	25
OBSERVATIONS.....	28
CONCLUSIONS.....	45
BIBLIOGRAPHIE.....	46

Vu :

Nancy, le 2 Avril 1936.

*Le Président de Thèse,
ANDRÉ.*

Vu et approuvé :

Nancy, le 24 Avril 1936,

*Le Doyen de la Faculté de Médecine,
L. SPILLMANN.*

Vu et permis d'imprimer :

Nancy, le 25 Avril 1936,

*Le Recteur de l'Académie,
BRUNTZ.
Président du Conseil de l'Université.*

